

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
GREFFES OVARIENNES
COMME TRAITEMENT DE LA
MÉNOPAUSE OPÉRATOIRE
CHEZ LES JEUNES FEMMES

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 22 novembre 1933

PAR

Robert-André-Marie-Joseph CHAPERT

Externe des Hôpitaux

Lauréat des Hôpitaux

Né le 26 février 1909 à Toulouse (Haute-Garonne)

Examineurs de la Thèse

{	MM. GUYOT, professeur	Président.
	CHAVANNAZ, professeur	{ Juges.
	JEANNENEY, agrégé	
	LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. BIÈRE
18, rue du Peugue, 18

1933



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
GREFFES OVARIENNES
COMME TRAITEMENT DE LA
MÉNOPAUSE OPÉRATOIRE
CHEZ LES JEUNES FEMMES

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 22 novembre 1933

PAR

Robert-André-Marie-Joseph CHAPERT

Externe des Hôpitaux

Lauréat des Hôpitaux

Né le 26 février 1909 à Toulouse (Haute-Garonne)

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	Président.
		CHAVANNAZ, professeur	Juges.
		JEANNENEY, agrégé	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. BIÈRE

18, rue du Peugue, 18

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH
RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, AUICHE, SELIER, BEILLE, CASSAET

PROFESSEURS

MM.			MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Clinique chirurgicale in-	
Clinique chirurgicale.	DUPERIÉ.	fantile et orthopédie....	ROCHER
Pathologie et thérapeuti-	CHAVANNAZ.	Clinique gynécologique...	GUYOT.
que générales.	BEGOUIN.	Clinique médicale des ma-	
Anatomie pathologique et	CARLES.	ladies des enfants.....	CRUCHET
microscopie clinique....	ANDERODIAS.	Chimie biologique et mé-	
Anatomie	SABRAZES.	dicale.....	DELAUNAY.
Anatomie générale et his-	VILLEMIN.	Physique médicale et phar-	
tologie	G. DUBREUILH.	maceutique	SIGALAS.
Physiologie	PACHON.	Médecine coloniale et clini-	
Hygiène	LEURET.	que des maladies exoti-	BONNIN
Médecine légale et déon-	LANDE	ques.....	PETGES.
tologie	RÉCKOU	Clin. des mal. des voies urinaires..	DUVERGEY
Electroradiologie et clin.	CHELIE.	Clinique des maladies ner-	
d'électricité médicale..	N.	veuses et mentales.....	ABADIE
Chimie	DUPOUY.	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie...	PORTMANN.
Botanique et matière mé-	MANDOUL	Toxicologie et hygiène ap-	
dicale	N.	pliquée.....	LABAT.
Pharmacie	TEULIERES.	Hydrologie thérapeutique	
Zoologie et parasitologie.		et climatologie.....	CREYX
Médecine expérimentale..		Clinique dentaire..	CAVALIE.
Clinique ophtalmologique.			

MICHELEAU (Médecine générale).

MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie). LACOSTE (Histologie).

PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			MM.
Anatomie	DUBECO.		
Anatomie	DUFOUR.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Physiologie	FABRE.		JEANNENEY
Parasitologie et Sciences	R. SIGALAS.	Obstétrique	CHARRIER.
naturelles			LOUBAT.
	N.	Ophthalmologie	RIVIERE.
Médecine générale.....	AUBERTIN.		BEAUVIEUX
	DAMADE.	Dermatologie et syphilogra-	
	PIECHAUD.	phie.....	JOULIA.
	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharma-	
		ceutique et toxicologie..	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.			MM.
Médecine opératoire	PAPIN	Puériculture	FAUGERE.
Accouchements	RIVIÈRE.	Pharmacie chimique	GOLSE
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie	CABANNES (en congé)		
	BEAUVIEUX (chargé)		
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes .	MM. N...		
Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle .			GOURDON
Cours complémentaire annexe. — Clinique dentaire			DELGUEL

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DES MIENS

A MA FEMME

*Dont la présence à mes côtés
rendit ma tâche légère; en gage
de mon profond amour, je dédie
ce modeste travail.*

A MA FILLE, A MON FILS

*A qui je dois les plus grandes
joies de mon existence.*

A MON PERE, A MA MERE

*Qu'ils trouvent ici l'expression
de ma profonde tendresse et de
ma reconnaissance.*

A MES SŒURS, A MES FRÈRES

A MON BEAU-FRÈRE

A MA BELLE-MERE

A MON ONCLE MONSIEUR ROBERT HAMEL
INSPECTEUR CONSEIL DU BUREAU VÉRITAS

*Qu'il veuille trouver ici, avec
mes remerciements, l'assurance
que je n'oublierai pas tout ce
dont je lui suis redevable.*

A MES ONCLES, A MES TANTES

A MES COUSINS, A MES COUSINES

A TOUS LES MIENS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE BORDEAUX

A MES MAITRES DES HOPITAUX

A MES CAMARADES DE L'EXTERNAT

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROBERT TRAISSAC

*Que je remercie bien vivement
pour l'aide précieuse qu'il m'a
toujours apportée.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEANNENEY

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
CHIRURGIEN ADJOINT DU CENTRE RÉGIONAL CONTRE LE CANCER
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
DE PARIS
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE

*En hommage de ma sincère
reconnaissance pour l'aide et les
conseils qu'il m'a si aimablement
prodigués.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PERY

ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX
CHIRURGIEN EN CHEF DE LA MATERNITÉ
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*En témoignage de ma vive re-
connaissance.*

A MES JUGES

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL ANDRÉ BOURSIER

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

VICE-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE

DE PHILADELPHIE, DE BUCAREST ET DU BRÉSIL

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'ORDRE DE SAINTE-ANNE DE RUSSIE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*En remerciement pour le grand
honneur qu'il nous fait en prési-
dant cette thèse.*

AVANT-PROPOS

Parvenu au terme de nos études médicales et avant de quitter cette Faculté de Bordeaux où nous avons reçu l'enseignement, nous tenons à adresser nos remerciements à tous ceux qui nous ont prodigués leur dévouement et leurs conseils.

Parmi tous ces maîtres auprès desquels nous sommes passés nous ne saurions trop nous rappeler notre stage d'Externat dans le service de M. le professeur J. Guyot. Là, tout le monde était attentif à l'enseignement du maître, sa manière de nous présenter les malades était simple, claire, précise; on aimait cette science de la gynécologie qu'il cherchait à nous inculquer d'une façon durable en frappant nos imaginations.

Jamais la bienveillance de M. le P^r J. Guyot ne nous fit défaut, toutes les fois que nous eûmes recours à lui; il nous en donne une preuve nouvelle en nous faisant aujourd'hui le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Qu'il veuille bien croire en retour aux sentiments de profonde reconnaissance que nous lui témoignons en ce jour.

INTRODUCTION

Pendant notre passage comme externe dans le service de M. le P^r J. Guyot, nous avons eu l'occasion de voir à différentes reprises appliquer devant nous les greffes ovariennes selon la technique du D^r Douay.

Ces greffes étaient pratiquées dans le but d'éviter aux femmes jeunes, opérées d'hystérectomie avec ovariectomie les troubles de la ménopause précoce.

Devant l'intérêt de cette question nous avons pensé à en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Dans ce travail nous n'aurons en vue simplement que l'autogreffe ovarienne, laissant volontairement de côté l'homogreffe et l'hétérogreffe ovarienne.

Pour plan, nous suivrons l'ordre suivant :

- 1^o Historique de la question :
 - 2^o Indications et contre indications des greffes ovariennes ;
 - 3^o Technique du D^r Douay et résultats personnels ;
 - 4^o Observations ;
 - 5^o Etude des résultats ;
 - 6^o Conclusions ;
 - 7^o Bibliographie.
-

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La chirurgie des greffes ovariennes chez la femme est de date relativement récente, c'est en effet à l'année 1895 que remonte le début de cette pratique.

Cependant avant de faire des applications chez les femmes de nombreux essais ont été tentés chez les animaux.

Nous allons tout d'abord passer rapidement en revue l'étude des différentes greffes ovariennes chez les bêtes.

Paul Bert, en 1863, fit les premiers essais sur les rats; il plaçait le greffon dans le péritoine.

Après Paul Bert la question reste en suspens, et c'est seulement une trentaine d'années plus tard que les travaux sont repris en Allemagne par Knauer.

En 1896, Knauer pratique les greffes autoplastiques chez la lapine et constate que la greffe des ovaires est possible; il constate en outre que la nutrition s'effectue dans l'organe transplanté quel que soit le siège de cette transplantation, péritoine ou paroi abdominale.

Morris qui, le premier, a pratiqué l'ovariogreffe chez la femme, fait également, en 1903, des expériences chez l'animal. Ses conclusions sont que l'autogreffe est toujours possible avec de bons résultats; par contre il conclut à la tendance au processus dégénératif dans l'homogreffe.

Katsch, de 1901 à 1904, fait lui-même des greffes ovariennes chez les animaux fixant les ovaires au péritoine du ligament large.

B. Marchess dans des expériences sur les chiennes, et les lapines, montre qu'il est préférable de mettre l'ovaire libre dans la cavité abdominale où le tissu cellulaire sous-cutané, plutôt que dans la paroi musculaire; que la transplantation de tout l'organe est préférable à celle d'une partie, et qu'il vaut mieux conserver à l'ovaire un petit pédicule vasculaire.

Sur ce dernier point, nous verrons plus tard que cette constatation de Marchesse de conserver à l'organe un vaisseau a été reprise et appliquée par le docteur Douay.

Mauclaire, en 1908, greffe l'ovaire sous la peau et plante l'extrémité centrale de l'artère épigastrique dans un gros vaisseau veineux du hile de l'organe.

Tussau, en 1913, dans sa thèse inaugurale (Lyon 1913), étudie la greffe expérimentale chez les animaux les plus variés. Ses procédés sont multiples : il pratique des greffes sous-cutanées, intrapéritonéales, lombaires et pelvi-génitales.

Il constate que les greffes autoplastiques sont de beaucoup les plus vigoureuses, les greffes hétéroplastiques ne lui donnant que des résultats décevants.

Steinach, de 1910 à 1920, fait des greffes hétéro-sexuelles il fait aussi des recherches sur la féminisation, le rajeunissement et l'hermaphrodisme.

O. Pettinari (Société de Biologie, 1925) a fait de nombreuses greffes chez les animaux avec des conditions et des techniques différentes.

Ces greffes s'adressent à des animaux de tous âges, de toutes espèces; greffes chez des animaux entiers ou castrés, unis ou bilatéralement, chez des animaux hysterectomisés ou non.

Ses conclusions sont :

1° La prise de la greffe est en rapport avec la similitude d'âge. Tous les tissus sont susceptibles d'être greffés.

L'examen histologique montre une très forte vascularisation des greffons.

Quand l'ovaire prend, il se fait très vite une pénétration de vaisseaux destinés à le nourrir. Par contre, on n'a jamais pu mettre en évidence la présence de filets nerveux.

Dans certaines greffes autoplastiques, on trouve la maturation de follicules et la présence de corps jaunes.

2° L'activité fonctionnelle de l'ovaire varie suivant ses modifications histologiques. En règle générale, on assiste surtout à une hyperactivité fonctionnelle.

3° Pour que la prise soit possible, il faut que l'organisme du receveur soit en état de carence absolue ou relative de l'hormone sexuelle.

4° Une longue période de castration et l'enlèvement de l'utérus constituent des conditions défavorables.

La greffe ovarique empêche l'apparition des troubles de castration et permet de conduire l'organisme à son développement normal.

Pour Pettinari, le caractère principal de l'ovaire greffé, c'est la tendance à une activité irrégulière, par poussées rappelant en somme le cycle sexuel normal, mais un cycle dérégulé.

D'autres essais de greffes expérimentales furent tentés par S. Voronoff, mais ce dernier avait surtout en vue l'hétérogreffe expérimentale. L'étude de cette dernière déborderait le cadre de notre sujet où nous avons surtout en vue l'auto-greffe.

Cette étude des greffes qui, nous venons de le voir, avait intéressé les biologistes ne devait pas laisser indifférents les chirurgiens.

« Les souffrances multiples dont gémissent un grand nombre de femmes, auxquelles on a enlevé les ovaires, dit le chirurgien allemand Croback, m'ont de tout temps ôté la joie des résultats opératoires, et je n'ai eu que trop souvent à reconnaître, en mettant de côté tout parti pris, que même après les opérations les mieux réussies l'état subjectif des femmes ne s'était pas amélioré, bien plus, que fréquemment, il était devenu pire qu'avant l'intervention.

» Pour ces raisons, depuis plusieurs années, en particulier dans les myomectomies, j'ai conservé à la femme un ovaire ou les deux. Jamais je n'ai constaté de conséquences fâcheuses de cette pratique.

» Je suis même autorisé à penser que le plus grand nombre de femmes ainsi opérées sont moins tourmentées que les autres pour les accidents liés à la ménopause prématurée, vertiges, céphalées, sensations brusques de chaud et de froid, sudations subites, palpitations et autres accidents nerveux ».

Ce sont ces craintes qui vont amener Croback à administrer à ses opérées de la substance ovarique, puis à se demander si la transplantation de tissu frais à un autre point du corps ne serait pas un excellent remède préventif contre les accidents de la ménopause artificielle.

C'est à l'Américain Morris que revient l'honneur d'avoir la même année (1895), greffé pour la première fois un ovaire sur une femme et cela avec d'excellents résultats.

Il s'agissait d'une jeune fille de vingt ans, atteinte d'hypoplasie génitale avec aménorrhée. Morris réalisa une greffe homoplastique dans l'utérus en y transplantant un fragment d'ovaire d'une femme de trente ans.

A la suite de cette intervention, les règles parurent pour la première fois. Nouvelles règles six semaines après. Très vite l'état général s'améliora et les troubles disparurent.

La même année (1895), le même chirurgien Morris fit une seconde tentative.

Il s'agissait d'une femme de vingt-six ans, atteinte de salpingo-ovarite bilatérale. L'auteur greffa un fragment d'ovaire dans la paroi d'une des trompes. D'après l'observation, la femme devint enceinte trois mois plus tard, et avorta au troisième mois d'un fœtus normalement constitué.

De 1897 à 1902, Morris répète les greffes; il pratique deux autogreffes et trois homogreffes. Une de ces dernières est suivie de grossesse avec accouchement d'un enfant normal et bien constitué, et cela chez une femme atteinte de ménopause précoce avec troubles endocriniens.

Glass pratique, en 1898, et cela avec succès, une homo-ovario greffe par voie vaginale et implantation rétro-utérine chez une femme de 34 ans, castrée depuis deux ans.

Huit mois après l'intervention, les menstruations persistent et la femme jouit d'une parfaite santé.

Dudley-Palmer, en 1899, greffe un ovaire dans l'utérus; il s'agissait d'une jeune femme de 21 ans ayant subi la castration bi-latérale pour salpingite double gonococcique. La menstruation reparaît. Le même auteur relate dans *La Presse médicale* de 1900, quarante-huit cas de greffe de l'ovaire dans l'utérus.

En France, c'est Mauclaire qui, le premier, en 1900, pratique l'ovario-greffe. Sa première tentative porte chez une femme de trente ans après castration double. La greffe est sous-cutanée. Le greffon doit être enlevé.

Nouvel essai chez une femme de trente-deux ans, double auto-greffe ovarienne aux deux extrémités de la plaie opératoire. La greffe sous-pubienne doit être enlevée, mais le greffon sous-ombilical persiste cinq ans et est le siège de phénomènes congestifs et douloureux survenant au moment des règles.

Ayant dû réopérer une femme chez qui il avait, huit ans auparavant, pratiqué une auto-greffe ovarienne intra-épiplôïque, Mauclaire constate que l'ovaire est atrophié, mais nettement reconnaissable. A la coupe on reconnaît un follicule ovarien en évolution et des cellules de corps jaune.

Dans la thèse de Moreau (Paris 1905), Mauclaire conclut :

« Quant au cours d'une opération, l'ovaire ne peut être laissé en place, il faut le greffer sous la peau, s'il est supposé probablement sain. »

Delagenière (thèse de Kermarrec, Paris 1902), fait une greffe intra-salpingienne chez une jeune fille de vingt-trois ans opérée pour kyste tordu de l'ovaire droit et ovaire gauche scléro-kystique. Malade réglée normalement par la suite.

En 1906, Tziklice (thèse de Paris, 1906), met en parallèle les résultats obtenus par l'opothérapie et par les greffes ovariennes.

Sauvé (thèse de Paris 1909), relate plusieurs observations de greffes. En 1913, Osman Zaker dans sa thèse inaugurale (Montpellier), relate l'observation d'une femme de trente-trois ans, ayant subi une double ovariectomie pour salpingo-ovarite

bilatérale suivie d'une auto-greffe sous-cutanée. Les règles furent régulières, les greffons persistant dix-huit mois après.

De Rouville (Société d'obstétrique, 1914), pratique neuf auto-greffes sous-cutanées; deux cas positifs, onze mois après. Dans l'observation cinq, l'auteur relate qu'obligé, dix-huit mois après l'intervention, d'enlever les greffes devenues douloureuses, l'examen histologique pratiqué a montré un tissu ovarien bien vivant avec présence de follicules de Graff en voie de croissance et présence d'un corps jaune en voie de dégénérescence.

White et Usher opérèrent 55 cas, en plaçant le greffon entre le muscle droit et sa gaine. Sur vingt cas suivis, dix-neuf eurent des menstruations régulières.

Tuffier (*Presse médicale*, 1925), greffe les ovaires dans la corne utérine et dans l'utérus même. Il réalise même des greffes rétro-mammaires, ce siège ayant pour but de rechercher un terrain favorable à la vitalité du greffon.

Ses conclusions sont les suivantes :

« La greffe d'un ovaire libre d'une femme à elle-même, que l'ovaire soit entier ou fragmenté en un point quelconque de l'organisme, pendant la période de la vie génitale est suivie après un à trois mois d'une reprise des fonctions.

1^o Action sur le métabolisme général;

2^o Réapparition de la menstruation pendant un temps variable pouvant aller de cinq à dix ans ».

Sur cinquante malades opérées, deux seulement ne furent pas réglées après l'opération, vingt et une eurent des règles régulières, dix des règles irrégulières, dix-sept des règles douloureuses.

Tuffier attribue une grande importance à l'âge (aucun résultat après quarante ans) et résultats d'autant meilleurs que les femmes étaient plus jeunes et plus tôt greffées.

Ayant étudié un greffon au point de vue histologique, Tuffier constate quatre ans et demi après la greffe, un corps jaune normal. Deux autres greffons dégénèrent en kyste.

A l'heure actuelle, M. le docteur Douay a repris à l'hôpital

Broca, la question des greffes ovariennes chez la femme, ses observations ont été publiées dans la thèse de Mlle Bizou (thèse, Paris, 1932). Le docteur Douay applique pour ses greffes une technique personnelle, c'est cette technique que nous avons vu pratiquer dans le service de M. le Professeur J. Guyot et c'est d'elle dont nous nous occuperons au cours de ce travail.

Avant de clore la partie historique, disons quelques mots de la greffe homo-plastique et hétéro-plastique en chirurgie. Nous ne nous étendrons pas longuement sur ces questions qui ainsi que nous l'avons dit précédemment, dépassent le cadre du sujet que nous nous sommes fixés.

Gambarow (Gynécologie et Obstétrique 1929) expérimente et pratique sur la femme des homo-ovario-greffes. Les indications étaient surtout : hypoplasie génitale avec oligoménorrhée, ménopause précoce chez les femmes encore jeunes.

Sur dix-huit cas, dont neuf revus, il a obtenu des résultats remarquables, mais non durables en ce qui concerne les troubles de la ménopause.

Devant les difficultés que l'on rencontrait dans la pratique des homo-greffes, l'on a tenté de faire des hétéro-greffes. Pour cela, l'on s'est adressé tout d'abord aux chèvres, puis surtout aux singes.

Seller en Allemagne, Stanley en Amérique et Serge Voronoff en France ont préconisé cette greffe. Voronoff envisage l'hétéro-greffe surtout au point de vue du rajeunissement. Il pratique le 29 novembre 1923 sa première greffe de rajeunissement chez une femme de soixante-huit ans. Le greffon est placé dans les grandes lèvres, incision à la partie supérieure et implantation des greffons pratiquée au niveau des fibres terminales du ligament rond. Résultats : Amaigrissement notable, augmentation de la tonicité musculaire, de l'éclat du regard, apparence de jeunesse.

Par la suite, en collaboration avec Dartigues, Serge Voronoff a pratiqué de nombreuses hétéro-greffes de l'animal anthropoïde à la femme.

Serdukoff (*Revue française d'endocrinologie*, octobre 1926), étudie l'hétérotransplantation de l'ovaire : « Chez quinze femmes âgées de 17 à 39 ans, vierges ou stériles, ou ayant eu des enfants, mais présentant toutes des troubles endocriniens parmi lesquels dominaient l'hypofonctionnement ou la disfonction ovarienne (règles absentes ou insuffisantes, inappétence sexuelle, hémorragies utérines atypiques, engraissement progressif, vertiges, céphalées, bouffées de chaleur, asthénies, affaiblissement de la mémoire, de l'acuité visuelle, etc...) l'auteur a eu recours après l'échec de l'opothérapie (ovarine, thyroïdine, pituitrine) à l'hétérotransplantation d'ovaires de chèvres. Ces ovaires furent transplantés dans les muscles droits de l'abdomen ou dans les muscles cruraux (entre leurs fibres dissociées) et une fois seulement dans le tissu cellulaire sous-cutané ».

Résultats immédiats : apparition des règles dix jours après la transplantation, intensification des règles, apparition du dixième au quatorzième jour après la transplantation d'impulsions sexuelles, diminution des règles dans un cas de menstruation profuse.

» Résultats éloignés; ils ont été poursuivis par Serdukoff, pendant un an pour trois cas, neuf mois pour un cas, sept mois pour deux cas, six mois pour deux cas, cinq mois pour cinq cas, deux mois pour deux cas.

» En ce qui concerne la sphère neuro-psychique, il faut noter en plus d'une fraîcheur et d'une vivacité générale ayant remplacé la dépression antérieure, une amélioration de la mémoire, une disparition des céphalées, une augmentation de l'énergie, de l'intérêt au travail. En ce qui concerne le poids, on a observé chez presque toutes les femmes ayant eu une adiposité progressive prononcée une stabilisation du poids et une certaine diminution de celui-ci de deux à trois kilogs mais non dans tous les cas.

En somme, les résultats de ces hétérotransplantations ovariennes montre que leur effet hormonal stimulant pouvait se prolonger pendant plusieurs années.

En ayant fini avec cet exposé historique, qui nous a montré l'intérêt que différents chirurgiens avaient attaché à cette étude des greffes ovariennes, voyons quelles furent, dans la suite des années, les différentes techniques employées.

Pour cela, nous les diviserons de la façon suivante :

1^o *Grefte péritonéale.*

a) Grefte périutérine par voie abdominale, procédé employé par Morris, dans son premier cas. Il fixait un fragment d'ovaire provenant d'une autre malade sur le péritoine recouvrant le fond de l'utérus.

b) Martin, Truffier ont greffé sur le ligament large incisé.

c) Glass se servant de la voie vaginale a greffé l'ovaire entre les deux feuillets du ligament large.

2^o *Grefte intra-organique.*

a) Grefte intra-salpingienne pratiquée par Morris, Frank, Delagenière.

b) Grefte intra-utérine.

3^o *Grefte sous-cutanée.* L'ovaire ou le fragment d'ovaire est suturé aux muscles de la paroi abdominale ou dans le pli inguinal.

Parmi ces différents procédés employés, celui du docteur Douay se range dans cette dernière catégorie des greffes sous-cutanées. C'est de lui dont nous nous occuperons plus tard.

Auparavant, voyons quelles sont les utilités et les indications de la greffe ovarienne.

CHAPITRE II

UTILITE, INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DES GREFFES OVARIENNES.

Dans l'ovaire, il y a deux parties à considérer :

Tout d'abord, le corps jaune qui joue un rôle au point de vue de la conception. La sécrétion du corps jaune a un rôle génital et beaucoup plus encore obstétrical. Elle préside à la fixation de l'œuf fécondé dans l'utérus. Pas de corps jaune, pas de gravidité possible.

Comme seconde partie importante de l'ovaire, il y a la cellule interstitielle, qui elle, au contraire, a un rôle général, car si l'absence contrôlée du corps jaune entraîne la stérilité, la suppression de la glande interstitielle entraîne des troubles généraux.

La sécrétion de cette glande agit sur l'économie tout entière. C'est elle qui agit sur le développement du squelette ; fait se vérifiant en constatant que les femelles castrées pendant la croissance sont moins grandes que les non-castrées. Cette sécrétion agit encore sur le système circulatoire, le suc ovarique produit de l'hypotension. Elle agit aussi sur le système nerveux, sur la sécrétion lactée, sur la sécrétion urinaire. Tous ces troubles qui suivent la castration bilatérale et qui constituent ce qu'on appelle la ménopause artificielle, peuvent se diviser de la façon suivante :

1^o Troubles vaso-moteurs, caractérisés par les bouffées de chaleur, principal trouble accusé par les malades castrées

2° Phénomènes congestifs et hémorragiques se manifestant surtout aux époques correspondant aux anciennes règles.

3° Troubles de la nutrition; adiposité marquée

4° Troubles des organes de la vue, de l'ouïe et de la phonation.

5° Etat neurasthénique caractérisé par de la céphalée, des insomnies et des cauchemars.

6° Modification du caractère. Les malades deviennent irritables, méchantes, impatientes, énervées.

7° Modification des appétits sexuels. On a noté de l'abolition des désirs, de l'abolition ou de la diminution des sensations voluptueuses, mais d'un autre côté, on a signalé l'exagération de ces mêmes appétits.

Pour obvier à l'éclosion de ces différents troubles de l'insuffisance ovarienne, on se trouve au point de vue prophylactique en présence de deux moyens :

1° Laisser en place l'ovaire toutes les fois que cela sera possible, notamment dans les hysterectomies pour affections simplement utérines ou tubaires.

2° Si l'on est absolument obligé d'enlever l'ovaire, essayer de le greffer dans un endroit approprié.

Le maintien de l'ovaire se trouve dans un grand nombre de cas, souvent impossible. Comme exemple, les nombreuses salpingo-ovarites doubles.

De plus, il y a danger à laisser dans l'abdomen un organe qui, à l'intervention, a été reconnu malade. Aussi, devant la difficulté que l'on éprouve à maintenir l'ovaire en place, se trouve-t-on obligé de recourir à la seconde solution : la greffe.

Cette dernière cependant, ne doit pas être appliquée à la légère et dans n'importe quel cas. Il faudra tenir compte de deux facteurs importants :

1° L'âge de la malade;

2° L'état de conservation des ovaires.

L'âge a une grosse importance, nous l'avons déjà mentionné en faisant l'historique de la question. L'état des ovaires est,

lui aussi très important : Quand leur intégrité est absolue, c'est là que l'auto-greffe trouve sa principale indication.

Les contre-indications découlent naturellement de ce que nous venons de dire : âge trop avancé des malades ; mauvais état des ovaires empêchant de s'en servir comme greffon.

Venant de voir l'utilité, les indications et les contre-indications des greffes, décrivons maintenant la technique qui nous intéresse tout particulièrement, c'est-à-dire, celle du docteur Douay.

CHAPITRE III

TECHNIQUE DE L'AUTOGREFFE D'APRES LE DOCTEUR DOUAY

Ses résultats.

Dans la *Gazette médicale de France* du 1^{er} mars 1932 le Dr Douay décrit en détail sa technique; nous transcrivons *in extenso* les dires de l'auteur.

« L'opération est très simple et ne nécessite aucune précaution particulière, aucune instrumentation spéciale.

Au moment où la pièce opératoire est enlevée, je prélève l'ovaire qui paraît le meilleur, je l'enveloppe dans une compresse et je le range dans un coin du plateau d'instruments.

Une fois l'opération finie, les sutures terminées, au moment où l'on prévient l'anesthésiste d'enlever le masque, je prends l'ovaire mis en réserve, je cherche la partie la meilleure et avec un bistouri propre j'enlève un fragment d'ovaire correspondant au quart environ, un centimètre de large sur deux à trois centimètres de long et sur quatre à cinq millimètres d'épaisseur. Ce sera le premier greffon. J'en prépare un second semblable.

Très souvent lorsque l'ovaire paraît sain, je le coupe en deux morceaux comme un petit pain et chaque moitié est encore coupée une deuxième fois suivant le sens de la longueur et je prélève de préférence le segment voisin du meso habituellement plus homogène. Après avoir remis un peu de teinture d'iode sur les régions inguinales je fais une incision cu-

tanée de 1 cm. de long. Avec une pince de Kocher fermée je pénètre dans le tissu cellulaire jusque dans la grande lèvre, la pince pénètre 6 cm. environ et en l'ouvrant plusieurs fois je fais dans le tissu cellulaire un espace libre; cette dilatation est très facile si on est bien dans la grande lèvre et elle ne saigne pas.

La pince de Kocher saisit l'extrémité d'un greffon, l'introduit par la plaie cutanée dans la loge ainsi formée dans la grande lèvre; la face cruantée du greffon en arrière; on lâche le greffon et on retire la pince; une agrafe sur la peau ferme la brèche cutanée. »

A cette technique notre maître, M. le Pr Guyot a apporté une simplification.

En fin d'opération le plan musculo-aponévrotique étant suturé, deux pinces érigées écartent les bords de la plaie opératoire dans son tiers inférieur. De chaque côté de la plaie et au niveau du tissu cellulo-adipeux une pince courbe de Richelot est introduite comme dans le procédé de M. Douay vers les grandes lèvres.

On fait avec la pince une tunnelisation allant jusque dans les grandes lèvres dans lesquelles on viendra ensuite déposer le greffon.

Cette modification qui ne présente aucune difficulté de réalisation a sur l'ancienne technique l'avantage appréciable d'introduire le greffon en évitant d'inciser les grandes lèvres dont la suture peut toujours s'infecter..

Cependant certaines réserves doivent être faites. On ne devra pas l'utiliser chez les malades ayant beaucoup saigné, elle risquerait de donner dans les suites opératoires un hématome de la grande lèvre.

Elle ne devra pas non plus être utilisée dans tous les cas de suppuration où l'on a terminé l'opération par un drainage à la Mikulicz ou par un drain ordinaire, car elle risquerait de faciliter l'infection des greffons.

Choix du greffon

« Pour réussir une auto-greffe il n'est pas besoin d'avoir à sa disposition un ovaire intact. Si l'ovaire est intact il serait peut être plus rationnel de le laisser à sa place. Mais voici un ovaire douloureux, scléro-kystique; on peut facilement trouver du côté du meso une bande de tissu ovarien sain, sans kyste et sans sclérose. Un greffon provenant d'un ovaire scléro-kystique peut donner lieu à une excellente greffe, fonctionnant régulièrement et sans douleur. C'est d'ailleurs tout naturel, un ovaire douloureux devient indolore si on supprime les filets sympathiques, fait qui légitime la sympathectomie; or est-il façon plus radicale d'énervé un ovaire que de le détacher et de le greffer ailleurs.

Un gros ovaire d'ovarite, rouge, congestionné, très douloureux peut servir de greffon. Voici une annexite avec adhérences, impossible au cours de l'opération de séparer l'ovaire de la trompe pleine de pus; mais une fois la pièce enlevée cela devient très facile; on enlève un fragment d'ovaire en bon état et ce sera un greffon utilisable. Voici un kyste de l'ovaire double il faut enlever les deux annexes avec l'utérus, mais dans la cuvette il devient possible de trouver deux petits morceaux d'ovaire de bonne qualité capable de donner des greffons.

Pour faire un bon Wertheim et bien voir les ligaments larges, il est préférable d'enlever les annexes comme premier temps de l'opération (technique du Pr J.-L. Faure). Mais ces ovaires sont sains, pourquoi les sacrifier si la femme est jeune; ils seront d'excellents greffons.

Nous avons prélevé des greffons sur toutes ces variétés d'ovaires malades : scléro-kystiques, d'annexites tuberculeuses, ovaires de suppurations annexielles. Sans aucune exception tous ces greffons ont pris sans complications. C'est

justement dans ces cas, où l'hystérectomie avec castration s'impose que la greffe a ses principales indications.

Suites opératoires.

Elles ont toujours été très simples. Nous n'avons jamais vu jusqu'à présent une greffe suppurer, se mortifier, s'éliminer même quand les greffes ont été prélevées sur des ovaires d'annexites suppurées. Un peu de gonflement les premiers jours, parfois quelques traces noires ecchymotiques, jamais nous n'avons observé d'hématome. Nous avons fait des auto-greffes et des homo-greffes sur des opérées de salpingites suppurées et d'annexites tuberculeuses suppurées avec Mickulicz. Les plaies abdominales suppurent abondamment mais la greffe est suffisamment éloignée du foyer inflammatoire pour être parfaitement tolérée. En supposant que la greffe ne soit pas tolérée et qu'elle suppure, il serait très facile de faire évacuer le pus par la petite incision inguinale et d'extraire le greffon mortifié par ce trajet.

Quand les malades quittent l'hôpital, les lèvres ont repris leur volume normal et on sent à la palpation les greffes sous forme de petites nodosités de la grosseur d'une amande indolores et mobiles. Cette situation dans la grande lèvre a l'avantage de pouvoir palper très facilement la greffe entre les doigts et d'en surveiller le volume.

Pendant toute cette période, les malades n'ont aucun trouble de castration et cependant la greffe est petite et sans signe d'activité fonctionnelle. Il est probable que pendant ces quelques semaines la greffe a servi de réservoir, de magasin à hormones, lesquelles se sont déversées de proche en proche par le tissu cellulaire voisin dans la circulation générale. »

Dans la suite de son article que nous nous contenterons de résumer, M. Douay dit que les signes d'amélioration n'appar-

raissent qu'après trois à quatre mois, temps nécessaire pour rétablir la circulation sanguine dans le greffon.

Comme signe de l'activité du greffon on note un grossissement pouvant atteindre le volume d'une petite noix et ceci sans douleur. Dès que ce gonflement des greffons apparaît, les signes de castration disparaissent, même les bouffées de chaleur.

Comme preuve de l'activité de ces greffons, le Dr Douay cite des observations dans lesquelles des malades opérées d'hystérectomie fundique avec suppression des ovaires (trop malades pour être laissés en place et dont il a greffé la meilleure partie de l'un d'eux) ont vu leurs bouffées de chaleur disparaître et les règles s'installer.

La durée de la fonction est variable, pouvant atteindre plusieurs années.

Mlle Bizou, dans sa thèse inaugurale de Paris 1932, a étudié des malades du service de M. Douay. Voici quelles ont été ses conclusions :

Les études ont porté sur vingt et une auto-greffes.

1° Les résultats sont indépendants du volume du greffon, de petites quantités d'ovaire ont donné d'aussi bons résultats que de grandes quantités.

Au point de vue des complications :

- A. *Immédiates* a) pas d'hémorragies ni d'hématomes dans la grande lèvre;
b) dans les deux cas on a noté du gonflement inflammatoire, les ovaires prélevés étaient particulièrement enflammés. Jamais d'abcès;
c) pas d'élimination de la greffe avec nécrose.

B. *Tardives ou secondaires.*

Les greffons furent bien tolérés sans douleur, deux malades se sont plaintes de légère gêne dans la marche et dans les rapports sexuels. Une fois on a observé la dégénérescence kystique;

2^o Résultats fonctionnels : l'action du greffon se traduit par des signes locaux. Gonflement fonctionnel d'apparition souvent périodique et alternativement prédominant à droite et à gauche.

La date d'apparition de ces phénomènes est variable :

Dans 5 cas prise dans le courant du premier mois;

Dans 3 cas prise dans le courant du 3^e mois;

Dans 5 cas prise dans le courant du 5^e ou 6^e mois;

Dans 3 cas, pas de gonflement fonctionnel marqué.

Dans les différents cas on observe depuis l'opération et jusqu'au moment de la prise fonctionnelle une ébauche de troubles de la castration qui disparaissent dès que la prise a lieu.

Signes d'activité du greffon. Ils se sont manifestés par la disparition ou l'absence de troubles de castration.

Les bouffées de chaleur ont disparu ou dans les cas les moins favorables, se sont affaiblies.

L'obésité a été évitée par les greffes.

Dates d'apparition des signes généraux d'amélioration. —

Après la greffe pas de troubles de castration; puis période de latence de la greffe, apparition des troubles de castration, cette période dure de un à six mois. Ensuite apparaît la période d'activité pendant laquelle les signes de castration disparaissent.

Enfin période d'atrophie des greffons pouvant être très variable.

En résumé de tout ce que nous avons écrit jusqu'à présent nous dirons que la greffe ovarienne pratiquée depuis 1895, a repris ces dernières années un regain d'actualité. Faite avec une technique nouvelle par le Dr Douay, elle semble avoir donné à ce dernier des résultats satisfaisants.

Cela nous a semblé suffisant pour légitimer une étude de cette question en l'appliquant à des malades et en étudiant les résultats.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

Observation I

(Clinique Gynécologique, Service du Professeur J. Guyot.)

Mme T..., 28 ans, cultivatrice.

Entre dans le service le 1^{er} février 1932 pour douleurs dans la fosse iliaque droite.

Réglée à 12 ans, et depuis normalement jusqu'en 1930. Depuis cette date, les règles sont diminuées et douloureuses empêchant le travail.

En juillet 1931, souffre du côté droit, douleurs débutant deux à trois jours avant les règles, durant pendant les règles et quelques jours après.

Le 14 janvier 1932, douleurs violentes dans la fosse iliaque droite; pas de vomissements, mais frissons et fièvre.

A l'examen à son entrée, on trouve la fosse iliaque droite très douloureuse. Le toucher vaginal montre un col petit, déchiré, refoulé en arrière. Utérus remontant à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic.

Cul-de-sac légèrement douloureux. Dans le cul-de-sac antérieur on sent un volumineux corps utérin de surface régulière. On porte le diagnostic de fibrome.

Le 23 mars 1932, hystérectomie sub-totale. Greffes ovariennes dans les grandes lèvres. Procédé de Douay.

Les suites opératoires sont bonnes, les greffes non douloureuses et n'augmentant pas de volume.

La malade quitte le service le 12 mai 1932.

En septembre 1932 : très peu de bouffées de chaleur, ces dernières n'étant pas pénibles. N'a pris aucun médicament. A engraisé de six à sept kilos depuis l'intervention.

Les greffes augmentent au moment présumé des règles, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, sont légèrement douloureuses mais ne gênent ni la marche ni les rapports sexuels.

Au point de vue caractère, pas de changements. La malade se

fatigue rapidement, souffre de la tête, dort mal, a un sommeil agité.

Observation II

(Clinique Gynécologique, Service du Professeur J. Guyot.)

Mme L..., 20 ans, journalière.

Entre dans le service en avril 1932, pour douleurs dans le bas ventre et pertes jaunâtres.

Réglée à 11 ans et demi. Souffre et a des pertes depuis un an à la suite d'une fausse couche. Douleurs dans le bas ventre, région annexielle droite; douleurs continues avec des paroxysmes.

A l'examen, on sent un utérus petit, repoussé à droite par une grosse masse kystique gauche.

Le 3 mai 1932, ablation des annexes gauches.

Bonnes suites opératoires, part guérie le 7 juin.

Le 29 décembre 1932, revient pour douleurs du bas ventre. Au toucher on trouve un utérus volumineux avec une annexe droite perceptible et douloureuse.

Le 3 janvier 1933, hystérectomie sub-totale. Greffes ovariennes. Procédé du professeur J. Guyot.

Bonnes suites opératoires.

La malade, revue en septembre 1933, ne présente pas de bouffées de chaleur. En a eu pendant un mois après l'opération.

A maigri de cinq kilos.

Les greffes augmentent au moment présumé des règles, sont légèrement douloureuses à ce même moment, mais ne gênent ni la marche, ni les rapports.

Au point de vue général, la malade est devenue plus nerveuse qu'avant son opération et se fatigue plus rapidement.

Observation III

(Clinique gynécologique, Service du professeur J. Guyot.)

Mme B..., 36 ans, lingère.

Entre dans le service le 1^{er} avril 1932, pour phlébite consécutive à des oreillons.

A l'examen, outre sa phlébite, présente une volumineuse tumeur abdominale.

Au toucher vaginal, col en arrière, grosse masse abdominale du volume d'une tête d'adulte paraissant faire corps avec l'utérus,

et se mobilisant avec lui. Cette masse est indolore et de consistance dure.

Le 20 juin 1932, hystérectomie sub-totale pour fibrome. Greffes ovariennes. Procédé du professeur J. Guyot.

Suites opératoires normales.

En septembre 1933, la malade présente quelques bouffées de chaleur non pénibles et peu fréquentes. Elle n'a pris aucun médicament pour les faire disparaître.

A engraisé de huit kilos.

La greffe droite seule grossit tous les deux mois environ. Cependant les deux greffons sont légèrement douloureux à la fatigue mais ne gênent ni pour la marche ni pour les rapports sexuels.

La malade accuse en outre de la nervosité et une fatigue plus rapide qu'avant. Quelques nausées au réveil.

Observation IV

(Clinique Gynécologique, Service du professeur J. Guyot.)

Mme D..., 35 ans, cultivatrice.

Entre le 18 avril 1932 dans le service pour ménorragies et douleurs du bas ventre.

Réglée depuis l'âge de 13 ans.

En 1930, début de la maladie par des règles plus abondantes comme quantité.

En 1931, en même temps que les règles deviennent de plus en plus abondantes, apparaissent des douleurs dans le bas ventre, à maximum du côté droit.

A l'examen : col en arrière. Utérus antéversé, volumineux, de surface irrégulière et de consistance dure, douloureux au niveau de la corne droite.

En résumé, fibrome utérin.

Intervention le 29 avril; hystérectomie sub-totale. Greffes ovariennes. Procédé de Douay.

Suites opératoires normales. La malade quitte le service le 19 mai 1932.

En septembre 1933, présente de temps en temps des bouffées de chaleur non pénibles, venant surtout au moment présumé des règles. N'a pas pris de médicaments pour les faire disparaître.

N'a pas engraisé.

Les greffons augmentent de volume à la date des anciennes règles un mois d'un côté, un mois de l'autre. Sont légèrement douloureux à cette période, gênant la malade dans la marche.

Au point de vue caractère, se trouve plus nerveuse qu'avant l'opération. Se fatigue plus vite.

Observation V

(Clinique Gynécologique, Service du professeur J. Guyot.)

Mme L..., 31 ans.

Entre dans le service le 30 mai 1932 pour hémorragies utérines. Depuis quatre mois les règles devenues irrégulières, durent dix jours au lieu de quatre. Depuis un mois, en plus de ces ménorragies, métrorragies de sang rouge indolores et spontanées.

En résumé : femme jeune qui, après une période de ménorragies a présenté des métrorragies.

A l'examen gros col déchiré refoulé en arrière et à gauche. Col dur et bosselé, annexes non sensibles.

Intervention le 10 juin 1932. Utérus fibromateux. Gros ovaires kystiques. On pratique une hystérectomie totale suivie de greffes ovariennes Procédé de Douay.

Suites opératoires normales. Sort le 2 juillet 1932.

En septembre 1933 présente quelques bouffées de chaleur peu pénibles. A pris un mois après l'opération un flacon de suc ovarien.

A engraisé de trois kilos.

Les greffes n'ont pas changé d'aspect depuis l'opération, aucun trouble du caractère ni de par ailleurs à signaler.

Observation VI

(Clinique Gynécologique, Service de M. le Professeur J. Guyot.)

Mme D..., 38 ans, ménagère.

Entre dans le service le 10 mai 1932 pour métrorragies. Dans les antécédents, rien de particulier.

Douze jours après des règles normales, au début de février, la malade a présenté des pertes de sang rouge abondantes et indolores durant quinze jours. Absence de pertes pendant un mois puis nouvelle hémorragie avec douleurs dans le bas-ventre.

A l'examen, on trouve des seins positifs. Un col mou regardant en arrière, un corps douloureux un peu dévié à gauche. Sur la face antérieure de l'utérus une masse annexielle douloureuse.

Réaction de Brouha négative.

Intervention le 24 mai 1932. Gros pyosalpinx. Hystérectomie sub-totale. Procédé du professeur J. Guyot.

Suites opératoires excellentes. Part le 16 juin 1932.

La malade, revue en septembre 1933, est en très bon état.

Pas de bouffées de chaleur, celles-ci ayant disparu trois mois après l'opération.

N'a pas engraisé.

Les greffes augmentent légèrement de volume à la date des anciennes règles. Sont un peu douloureuses à la fatigue.

Pas de troubles du caractère.

Observation VII

(Clinique Gynécologique, Service du Professeur J. Guyot)

M. B...., 24 ans.

Entre dans le service le 21 juin 1932 pour douleurs dans le bas ventre et pertes verdâtres abondantes.

Réglée depuis l'âge de 18 ans.

Depuis sa deuxième grossesse remontant à 17 mois, la malade présente des douleurs dans le bas ventre et des pertes verdâtres. Le traitement médical institué donne une légère amélioration, puis tout recommence.

Depuis quelque temps, sur un fond de douleurs continues, se sont greffées des crises douloureuses avec température légère, vomissements, diarrhée.

En résumé : métrite-annexite et pelvipéritonite.

A l'examen on trouve un col métritique, un cul-de-sac latéral gauche empâté et douloureux, corps augmenté de volume.

Le 4 juillet 1932, hystérectomie sub-totale et greffes ovariennes. Procédé du professeur J. Guyot.

Suites opératoires normales. La malade quitte le service le 28 juillet 1933.

En septembre 1933, bouffées de chaleur très pénibles, au nombre de quatre à cinq par jour, n'a pris aucun médicament pour les atténuer.

A engraisé de trois kilos.

Depuis l'opération les greffes n'ont pas varié de volume. La malade est plus nerveuse et se fatigue plus rapidement.

Observation VIII

(Clinique Gynécologique, Service du Professeur J. Guyot.)

Mme S...., 30 ans, domestique.

Entre dans le service le 16 juillet 1932 pour douleurs dans le bas-ventre.

Réglée depuis l'âge de 13 ans. Sept grossesses.

Depuis l'âge de 17 ans souffre de douleurs dans les reins et le bas ventre la forçant à s'aliter.

Douleurs et pertes continuelles depuis quelques mois.

En résumé, métrorannexite chronique.

A l'examen : col un peu mou, utérus métritique, cul-de-sac gauche très empâté et très douloureux avec annexe perceptible.

Le 18 août 1932, hystérectomie sub-totale. Greffes ovariennes Procédé de Douay.

Les suites opératoires sont bonnes.

Le 7 janvier 1933 la malade revient dans le service pour douleurs au niveau des grandes lèvres; accuse à ce moment quelques bouffées de chaleur mais peu importantes et ne la gênant pas. Greffes douloureuses à la fatigue, non douloureuses au moment présumé des règles.

En septembre 1933, pas de bouffées de chaleur.

N'a ni engraisié ni maigri.

Les greffes qui ont augmenté de volume six mois après l'opération, grossissent régulièrement tous les mois, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, sont légèrement douloureuses mais ne gênent ni la marche ni les rapports sexuels.

Se fatigue rapidement. Souffre de vertiges et de maux de tête.

Observation IX

(Clinique Gynécologique, Service du Professeur J. Guyot.)

Mme G..., 32 ans.

Entre dans le service le 13 août 1932 pour douleurs dans le bas ventre et pertes verdâtres.

Réglée depuis l'âge de 12 ans.

En 1928, à la suite d'une fausse couche, apparition de pertes et douleurs dans le bas ventre. Les règles réapparaissent mais sont douloureuses.

En 1929-30-31, les douleurs du bas ventre persistent, surtout au moment des règles.

A l'examen, col métritique et culs-de-sac douloureux; traitement médical par le vaccin intra-veineux qui ne donne pas de résultats satisfaisants. La malade quitte le service améliorée mais non guérie.

Revient le 4 mars 1933 pour les mêmes douleurs du bas ventre.

Le 17 mars 1933 hystérectomie sub-totale suivie des greffes ovariennes, procédé du professeur J. Guyot. Bonnes suites opératoires. Sort le 27 avril 1933.

Revue en septembre, très peu de bouffées de chaleur, celles-ci

ayant disparu à la suite d'un traitement par l'extrait hypophysaire.

A engraisé de 14 kilos depuis l'opération.

Les greffes augmentent au moment des anciennes règles, et cela d'un seul côté chaque fois. Elles sont légèrement douloureuses et gênent la malade dans la marche et les rapports sexuels. Le greffon de droite devient gros comme un œuf de pigeon.

Est plus nerveuse qu'avant l'intervention; très essoufflée.

Observation X

(Clinique Gynécologique, Service du Professeur J. Guyot.)

Mme L..., 34 ans

Entre dans le service le 21 août 1932 pour métrorragie.

Réglée à 12 ans. Règles normales. Cinq grossesses.

En mai 1932 retard de règles de 10 jours, les règles arrivent et durent 3 à 4 jours avec de gros caillots. En juin et juillet, nouvelles métrorragies.

Intervention le 23 août 1932, hystérectomie sub-totale pour gros utérus rétroversé et fibromateux et ovaire kystique. Greffes ovariennes. Procédé de Douay. Suites opératoires normales. Part le 12 septembre 1932.

Revue un an plus tard, la malade présente des bouffées de chaleur très pénibles se produisant tous les jours. Elle a pris des extraits ovariens qui ne l'ont pas soulagée.

A engraisé mais ne peut préciser de combien.

Interrogée au sujet de ses greffes, la malade nous dit que les premiers temps elles augmentaient de volume mais qu'à l'heure actuelle elle ne sent plus rien. Ni douleurs ni gêne.

Au point de vue état général la malade est devenue plus nerveuse, faisant, dit-elle, de la neurasthénie, elle se fatigue très rapidement et se plaint surtout de souffrir beaucoup de l'estomac.

Observation XI

(Clinique Gynécologique, Service du professeur J. Guyot.)

Mme H..., 45 ans

Entre dans le service le 7 novembre 1932 pour ménorragies.

Réglée normalement depuis l'âge de 15 ans, deux à trois jours par mois, règles non douloureuses. Depuis deux ans les règles durent huit à dix jours et sont plus abondantes comme quan-

tité, ces derniers mois la malade perd presque continuellement et en même temps souffre du bas ventre.

A l'examen on trouve à la palpation une grosse médiane remontant jusqu'à l'ombilic.

Au toucher vaginal gros corps utérin fibromateux, culs-de-sac, rien à signaler.

En résumé fibrome utérin.

Le 25 novembre 1932 hystérectomie sub-totale suivie des greffes ovariennes, procédé du professeur J. Guyot.

Suites opératoires : menace de phlébite. Bon état des greffes. Sort le 26 décembre 1932.

La malade est revue en septembre 1933, elle a beaucoup de bouffées de chaleur, ces dernières étant très douloureuses. Série de six injections intra-musculaires de lobe antérieur d'hypophyse qui ne calment pas.

Les greffes augmentent un peu de volume tantôt l'une tantôt l'autre au moment présumé des règles. Ne sont pas douloureuses.

Etat général : malade plus nerveuse qu'avant l'opération, se fatiguant et dormant mal.

Observation XII

(Clinique Gynécologique, Service du professeur J. Guyot.)

Mme L..., 27 ans.

Entre dans le service le 5 décembre 1932 pour hémorragies post-abortum.

Réglée à 19 ans, règles toujours irrégulières et douloureuses, en novembre 1932 après un retard de règles de deux mois fait une fausse couche pour laquelle elle entre à l'hôpital.

A l'examen : col dur, corps douloureux, un peu gros, grosse masse rénitente dans le cul-de-sac latéral gauche.

Intervention le 14 mars 1933 : hystérectomie sub-totale. Gros pyosalpinx gauche refoulant l'utérus. Greffes ovariennes, procédé du professeur J. Guyot.

Le 22 mars 1933 tuméfaction de la grande lèvre gauche légèrement rouge dans sa portion médiane. A la palpation lèvre indurée douloureuse sans fluctuation.

Le 27 mars 1933 la grande lèvre gauche étant toujours tuméfiée et douloureuse, on incise et vide un abcès.

Le 7 avril 1933 tout est rentré dans l'ordre, la malade quitte le service.

En septembre 1933 aucune bouffée de chaleur; n'a pris aucun médicament.

A engraisé de quatre kilos.

Les greffes augmentent de volume au moment des anciennes règles, pendant cette période elles sont un peu douloureuses ne gênant pas la marche, mais incommode les rapports.

Est plus nerveuse et se fatigue plus vite qu'avant son opération.

Observation XIII

(Clinique gynécologique, Service du professeur J. Guyot.)

Mme L..., 39 ans, femme de ménage.

Entre le 19 décembre 1932 pour douleurs abdominales et métrorragies.

La malade souffre du ventre depuis plusieurs mois, douleurs à type de coliques. En même temps métrorragies.

A l'examen : col petit, déchiré, refoulé en avant. Dans le cul-de-sac latéral gauche on trouve une masse du volume d'une orange nettement encapsulée, molasse, un peu sensible. Seins positifs.

On porte le diagnostic de grossesse extra-utérine.

Intervention le 10 janvier 1933, hystérectomie sub-totale suivie de greffes ovariennes, procédé du professeur J. Guyot.

Suites opératoires normales.

En septembre 1933 la malade a quelques bouffées de chaleur, mais peu pénibles. Elle n'a pris aucun médicament pour les faire disparaître.

A engraisé de 1 kilo 1/2.

Ses greffes sont indolores augmentant au moment présumé des règles surtout du côté droit.

Pas de gêne à la marche ni aux rapports.

Pour ce qui est de son état général pas de changements dans le caractère, mais se fatigue plus rapidement.

Observation XIV

(Clinique gynécologique, Service du professeur J. Guyot.)

Mme F..., 23 ans.

Entre dans le service en décembre 1932, pour des pertes verdâtres et douleurs dans le bas ventre.

A l'examen on trouve un col augmenté de volume des culs-de-sac empâtés et douloureux. On porte le diagnostic de métror-annexite.

Intervention le 21 décembre 1932, hystérectomie sub-totale, greffes ovariennes. Procédé du professeur J. Guyot.

Suites opératoires normales.

Dans les deux mois qui suivent l'intervention la malade présente à l'époque des anciennes règles une poussée congestive de la greffe gauche, puis de la greffe droite. En même temps bouffées de chaleur intenses empêchant le sommeil.

On pratique six injections intra-musculaires d'extrait du lobe antérieur d'hypophyse. A la sixième piqûre les bouffées de chaleur disparaissent pour ne plus se reproduire.

Observation XV

(Clinique gynécologique, Service du professeur J. Guyot.)

Mme P..., 35 ans, marchande aux Halles.

Entre dans le service le 7 janvier 1933, pour prolapsus utérin, s'étant développé à la suite de sa deuxième grossesse.

A l'examen on sent un col normal, un corps utérin dur augmenté de volume présentant une bosselure sur sa face antérieure. Annexes perceptibles.

On porte le diagnostic de fibrome et prolapsus.

Intervention en deux temps : hystérectomie sub-totale et colpopérinéoraphie. Greffes ovariennes; procédé du professeur J. Guyot.

Le 24 avril 1933 au moment de sa sortie, du service les greffes ont augmenté de volume, malgré cela bouffées de chaleur fréquentes.

On pratique une série de six injections intra-musculaires de lobe antérieur d'hypophyse. Au bout de la troisième piqûre disparition des bouffées de chaleur.

Le 2 mai 1933 la malade est revue, elle ne présente pas de bouffées de chaleur.

En septembre 1933 pas de bouffées de chaleur.

A engraisé de deux kilos.

Les greffes augmentent au moment présumé des règles, mais seulement d'un seul côté. Pendant cette période la marche est un peu gênée, mais pas les rapports sexuels.

Est plus nerveuse et se fatigue plus vite qu'avant l'intervention. Présente de temps en temps des vertiges.

Observation XVI

(Clinique gynécologique, Service du professeur J. Guyot).

Mme B..., 43 ans.

Entre dans le service pour métrorragies en mars 1933.

La malade souffre depuis un an au niveau de la fosse iliaque gauche, douleur surtout violente à l'occasion de la fatigue et empêchant tout travail. En même temps apparaissent des pertes de sang rouge peu abondantes survenant spontanément entre les règles et même au repos. Ses pertes de sang ne sont pas provoquées par le contact.

A l'examen on trouve un gros col métritique, irrégulier, bosselé; utérus volumineux et légèrement douloureux à la palpation. Les culs-de-sac sont empâtés et douloureux.

En résumé métréoannexite.

Le 24 mars 1933 hystérectomie sub-totale suivie des greffes ovariennes, procédé du professeur J. Guyot.

Suites opératoires normales.

La malade est revue en septembre 1933, elle ne présente que quelques bouffées de chaleur, celles-ci d'ailleurs peu pénibles. Son état s'est amélioré deux mois après l'opération.

A engraisé, mais ne peut dire de combien.

Les greffes n'ont pas varié de volume depuis l'intervention, ne provoquent aucune gêne.

Pour ce qui est de son état général, la malade se sent plus nerveuse, ne se fatigue pas plus qu'avant, mais présente des maux de tête.

Observation XVII.

(Clinique gynécologique service du professeur J. Guyot).

Mme S..., 29 ans, femme de chambre.

C'est pour de violentes douleurs du bas ventre accompagnées de petites pertes de sang noirâtre que la malade entre dans le service le 23 mars 1933.

Dans ses antécédents on relève cinq grossesses et une opération de grossesse extra-utérine droite en juillet 1932.

Il y a deux mois, c'est-à-dire en janvier 1933, arrêt des règles; en février plusieurs crises douloureuses avec nausées. Le 22 mars 1933 crise violente avec nausée et syncope.

A l'examen on trouve un col mou, un corps augmenté de volume une masse latérale gauche. Seins positifs.

Le diagnostic de grossesse extra-utérine est porté.

Le 27 mars 1933, hystérectomie sub-totale, greffes ovariennes, procédé du professeur J. Guyot.

Bonnes suites opératoires. Quitte le service le 18 avril 1933.

En septembre, pas de bouffées de chaleur.

A engraisé de quatre kilos.

Les greffes augmentent de volume au moment des anciennes règles toutes les deux à la fois mais ne gênent pas la malade.

Au point de vue état général, plus nerveuse et se fatiguant rapidement, se plaint en outre de souffrir presque tous les jours de l'estomac, dort mal et à un sommeil agité.

Observation XVIII

(Clinique gynécologique, Service du professeur J. Guyot.)

Mme F..., 35 ans.

Entre dans le service le 8 mai 1933 pour tumeur abdomino-pelvienne.

Depuis l'âge de 30 ans la malade remarque le développement d'une tumeur dans la fosse iliaque droite, pas de troubles menstruels.

A l'examen, col normal, corps augmenté de volume régulier non douloureux ; culs-de-sac, rien à signaler. On porte le diagnostic de fibrome.

Intervention le 16 mai 1933, hystérectomie sub-totale suivie de greffes ovariennes, procédé de M. le professeur J. Guyot.

Dans les suites opératoires, formation d'un hématome des grandes lèvres qui régresse assez vite.

En octobre 1933, la malade présente très peu de bouffées de chaleur.

Les greffes augmentent tous les mois de volume et cela sans douleur.

Pas de gêne à la marche ni aux rapports sexuels. Se fatigue plus vite qu'avant l'intervention.

Observation XIX

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé G. Jeanneney.)

Mme B... Henriette, 30 ans.

La malade est opérée le 31 mars 1932 pour métrorhénite avec rétroversion. Hystérectomie sub-totale suivie de greffe ovarienne gauche.

A l'intervention on trouve des ovaires polykystiques, un utérus métritique rétroversé, léger pyosalpinx gauche.

En avril 1933 la malade revue souffre de sa greffe celle-ci est énorme, du volume d'un œuf de poule, son aspect rappelle celui d'une bartholinite, elle est rénitente, douloureuse au toucher. On hésite entre une ponction simple ou une exérèse mais la malade s'inquiétant de cette tumeur on préfère l'ablation. Celle-ci est pratiquée sous anesthésie régionale. Le greffon tient au tissu de la lèvre. C'est un kyste qui se rompt au cours de sa dissection.

En octobre 1933 la malade présente des bouffées de chaleur légères.

A engraisé de 1 kilogramme 250. Est plus nerveuse et se fatigue plus rapidement qu'autrefois.

La malade a qui nous avons adressé un questionnaire nous a fait la réponse suivante que vu son intérêt nous reproduisons intégralement :

« A la suite de ma première opération j'aurai répondu parfait partout.

Absence de bouffées de chaleur. Pas de remèdes. Repris du poids (près de 5 kilos). Caractère plus calme et gai. Etat physique parfait. Etat génital : désirs plus fréquents et plaisirs plus vite et pareils à autrefois.

Voilà exactement le résultat de ma première opération.

A ajouter pour ma deuxième opération. Cessation complète de toute médication, n'ayant obtenu aucune amélioration, au contraire. Les souffrances que je fais ne peuvent durer et je me prends à désespérer.

Ah ! quelle différence et quel dommage que je n'ai pu conserver ma greffe, car depuis que je ne l'ai plus quels changements et que de souffrances. »

Observation XX

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé G. Jeanneney.)

Mme M... Paulette, 27 ans.

Hystérectomie sub-totale suivie de greffe ovarienne dans la lèvre droite le 29 juillet 1932 pour métro-salpingo-ovarite.

La malade revue en mars 1933 se trouve en très bon état. Pas de bouffées de chaleur.

La greffe augmente un peu au moment des anciennes règles. A été légèrement douloureuse par suite de la sangle abdominale. Non douloureuse à la marche ni aux rapports.

Au point de vue génital la malade ne présente plus ni désirs, ni plaisirs.

Observation XXI

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé G. Jeanneney.)

Mme C... Madeleine, 28 ans.

Opérée le 3 août 1932 d'hystérectomie sub-totale suivie de greffe ovarienne dans la lèvre droite pour métr-salpingo-ovarite.

A l'intervention on trouve des ovaires scléro-kystiques.

La malade revue vers la fin de l'année 1932 est très gênée par de violentes bouffées de chaleur, on institue un traitement par la folliculine qui calme.

En mars 1933, nouvelle série de folliculine à la suite de douleurs au niveau du greffon pendant les mois de février et de mars. Le greffon était passé du volume d'une noix au volume d'un petit œuf, cette augmentation de volume correspondant avec la date des anciennes règles.

En août 1933, nouvelles bouffées de chaleur, nouveau traitement par la folliculine qui améliore.

Observation XXII

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé G. Jeanneney.)

Mme D... Marie-Louise, 26 ans.

La malade subit le 29 décembre 1932 une hystérectomie sub-totale pour métr-annexite. Greffes ovariennes.

En octobre 1933 la malade ne présente pas de bouffées de chaleur, ces dernières ont disparu trois mois après l'opération.

A maigri de 4 kilogrammes.

Les greffes augmentent de volume surtout au moment présumé des règles, gênent un peu la malade pour la marche et pour les rapports.

Au point de vue état général, plus nerveuse et se fatiguant très rapidement. Souffre de l'estomac.

Pour ce qui est de l'état génital, même désir et même plaisir qu'avant.

Observation XXIII

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé G. Jeanneney.)

Mme S... Geneviève, 30 ans.

Opérée le 26 décembre 1932 d'hystérectomie sub-totale suivie de greffe ovarienne gauche pour fibrome et annexite.

Le 27 avril 1933, la malade est revue, très bon état général; ne souffre pas. Pas de bouffées de chaleur. A engraisé un peu.

La greffe est grosse comme une noisette, pas douloureuse, ne gênant ni la marche, ni les rapports.

Augmentation du désir et du plaisir au point de vue génital.

Observation XXIV

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé G. Jeanneney.)

Mme L... Maria, 37 ans.

Opérée le 17 janvier 1933 d'hystérectomie sub-totale pour métroannexite. Greffes ovariennes.

En octobre 1933 présente des bouffées de chaleur assez pénibles se produisant surtout vers le soir, vers l'époque des anciennes règles. A conservé son poids initial.

Au point de vue des greffes rien à signaler, état stationnaire, ces dernières ne varient pas de volume, ni ne sont douloureuses.

Est plus nerveuse et se fatigue plus rapidement qu'avant son opération.

Mêmes désirs et mêmes plaisirs.

Observation XXV

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé G. Jeanneney.)

Mme P... Germaine, 25 ans.

La malade est opérée le 23 mars 1933 pour annexite. A l'intervention l'utérus reconnu malade est enlevé ainsi que les ovaires. Greffes ovariennes.

En octobre 1933, très peu de bouffées de chaleur et uniquement au moment présumé des règles.

A engraisé de 3 kg. 500.

Les greffes sont augmentées de volume et légèrement douloureuses ne gênant pas la marche mais gênant les rapports.

Au point de vue caractère, plus calme qu'avant l'opération. Se fatigue plus vite. Même plaisir et même désir.

Observation XXVI

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé G. Jeanneney.)

Mme M... Marthe, 32 ans.

Opérée d'hystérectomie sub-totale le 25 avril 1933, pour métrosalpingite. Greffes ovariennes.

En octobre 1933, la malade ne présente pas de bouffées de chaleur, ces dernières ont disparu trois mois après l'opération.

A engraisé de 4 kilogrammes.

Les greffes qui augmentent légèrement au moment présumé des règles ne sont pas douloureuses et ne gênent ni la marche, ni les rapports.

La malade est plus calme qu'avant l'intervention.

Au point de vue génital, même désir et même plaisir.

Observation XXVII

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé G. Jeanneney.)

Mme G... Rosa, 32 ans.

Opérée le 7 août 1933 d'hystérectomie sub-totale suivie de greffes ovariennes pour métrorhénite.

En octobre 1933, la malade présente de nombreuses bouffées de chaleur très pénibles.

A engraisé de 1 kilogramme.

Les greffes qui augmentent au moment présumé des règles sont légèrement douloureuses à la marche.

Est plus nerveuse et se fatigue plus rapidement qu'avant l'intervention.

Au point de vue état général souffre de l'estomac et de la tête; violentes céphalées.

Pas de désir, ni de plaisir génital.

CHAPITRE V

ÉTUDE DES RÉSULTATS

De l'étude des observations que nous venons de publier, observations prises soit à la clinique de gynécologie dans le service de M. le Pr J. Guyot, soit dues à l'obligeance de M. le Pr agrégé G. Jeanneney, il résulte que nous sommes en présence de cas parfaits et de cas ne donnant pas pleine satisfaction.

Expliquons-nous tout d'abord sur ces termes de cas parfaits ou imparfaits.

En résultats de greffes ovariennes, vouloir parler de cas parfaits dans le sens strict du mot serait chose impossible. En effet, on ne peut pas obtenir dans l'état actuel de la science que, par un procédé ou un autre, une femme hystérectomisée se trouve après son opération dans un état absolument identique à l'état antérieur à l'opération.

Nous considérerons donc comme cas parfaits, ceux dans lesquels les malades présentent une disparition complète ou presque des bouffées de chaleur, une tolérance absolue des greffes, une conservation de l'appétit sexuel.

Dans les cas imparfaits, nous rangerons tous ceux dans lesquels les malades présentent continuellement des bouffées de chaleur, une adiposité vraiment excessive, une gêne des greffes.

Les essais ont porté sur vingt-sept malades. Sur ces malades nous avons essayé de vérifier l'action des greffes ovariennes à divers points de vue.

Tout d'abord, action sur les bouffées de chaleur. C'est, à

notre avis, le trouble le plus important, celui dont se plaignent le plus fréquemment les opérées.

Après avoir considéré l'action de la greffe sur l'augmentation ou la diminution du poids, nous avons recherché l'effet produit sur le caractère et sur l'état génital des malades.

Toutes les greffes ovariennes dont nous relatons les observations ont porté sur des femmes opérées uniquement d'hystérectomie sub-totale ou totale, et cela à divers âges de la vie.

Sur ces vingt-sept malades : quatorze ne présentent à l'heure actuelle, et cela pour certaines plus d'un an après l'opération, aucune bouffée de chaleur, huit en accusent quelques-unes, ces dernières n'étant pas très douloureuses.

Cinq malades se plaignent de souffrir continuellement.

Presque toutes les malades, sauf deux, accusent un engraissement assez marqué stabilisé en général autour de trois à quatre kilogs.

Au point de vue local, on note une augmentation à peu constante du volume des greffons, sauf dans quatre cas où nous n'avons vu aucune modification.

Les greffons semblent être bien tolérés et ne pas incommoder la femme soit dans la marche, soit dans les rapports. Dans cinq cas seulement, nous avons noté une légère gêne.

Si les greffes ont eu une action indéniable sur les bouffées de chaleur, par contre elles ont paru rester sans action aucune sur l'état général des malades.

En effet, toutes les opérées se plaignent de devenir plus nerveuses et surtout de se fatiguer beaucoup plus rapidement qu'avant l'intervention. De plus, certaines accusent des troubles gastriques ou de violents maux de tête.

Pour ce qui est de l'état génital des femmes, il est impossible de se faire une opinion de l'action des greffes.

Certaines malades n'ont éprouvé aucun changement dans le désir ou le plaisir sexuel, d'autres au contraire accusent une augmentation du désir et du plaisir, d'autres enfin se plaignent de la disparition complète de ces deux états.

D'après cette étude des résultats, nous voyons que dans

80 % des cas, nous obtenons ce que, par convention, nous avons appelé des cas parfaits.

Malheureusement il reste 20 % de cas imparfaits. Pour ces cas, une question se pose :

Que peut-on faire pour ces malades ?

Y a-t-il un moyen de les améliorer ?

Pour remédier à ces troubles il faut tout d'abord en connaître les causes.

Ici dans ces cas de troubles de la ménopause opératoire existant chez des malades greffées, deux questions sont en présence :

1° Y a-t-il quelque chose qui produise ces troubles, cela en dehors de l'ovaire ?

2° Ou bien les troubles proviennent-ils d'un mauvais fonctionnement de la greffe elle-même ?

Le Professeur agrégé Jeanneney, dans un article de la *Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique* paru en janvier 1933 a traité la question de l'hyperthyroïdie de la ménopause. Voici quelles ont été ses conclusions :

« On peut semble-t-il, affirmer que l'insuffisance ovarienne est susceptible de déclancher une hyperthyroïdie plus ou moins intense.

Cette notion de physiologie pathologique entraîne à notre avis deux conclusions, l'une pratique, l'autre théorique :

1° Les troubles de la ménopause à allure d'hyperthyroïdisme relèvent non seulement d'un traitement endocrinien ovarien, mais aussi d'une thérapeutique dirigée contre l'hyperthyroïdie.

Le traitement en pratique comprendra :

a) Opothérapie ovarienne. Elle est employée depuis Jayle par la plupart des chirurgiens sous forme d'extraits divers. Elle donne dans certains cas d'excellents résultats. Cependant Vignes écrit à leur sujet :

« Les extraits ovariens ne m'ont jamais semblé donner des résultats dans les troubles habituels de la ménopause du type excitation, bouffées de chaleur, hypertension ».

b) Traitement anti-thyroïdien. A ce traitement endocrinien, nous adjoignons quand l'indication se présente, l'administration d'hémato-ethyroïdine ou mieux de lugol. Ce dernier traitement nous a toujours donné de bons résultats.

Dans les formes graves résistant aux traitements précédents, nous avons eu recours à la radiothérapie du corps thyroïde. C'est après avoir vu Walthard appliquer ce traitement à la clinique gynécologique de Zurich, que nous l'avons appliqué nous-même à plusieurs reprises, avec de remarquables sédations. Dans un cas, Cotte a même dû recourir à l'hémithyroïdectomie (1930).

2° En dehors des conséquences pratiques de ces notions déjà intéressantes, il nous semble que la constatation de l'existence de divers degrés de l'hyperthyroïdie secondaire à l'insuffisance ovarienne et allant de troubles légers au syndrome de Basedow vrai et la curabilité de ces divers troubles par les mêmes moyens sont en faveur de l'unicité de l'hyperthyroïdie du goître toxique et du goître exophtalmique, unicité que défend Peycelon, et pour laquelle il a récemment apporté toute une série d'arguments. »

Ces conclusions auxquelles est arrivé le Professeur Agrégé Jeanneney résolvent le problème dans le cas où les troubles de la ménopause sont consécutifs à une hyperthyroïdie.

Que pouvons-nous faire dans ceux où ces phénomènes de la ménopause, chez les femmes greffées semblent ressortir d'un mauvais fonctionnement de la greffe. Autrement dit : Y a-t-il moyen de réactiver un greffon ?

On le peut, soit par des injections de folliculine (Jeanneney, Observation XXI) soit par des injections d'extrait hypophysaire (Courriades).

Il est, à l'heure actuelle, nettement prouvé qu'un ovaire normal ayant ses connexions vasculaires et en plus ses connexions viscérales c'est-à-dire avec l'utérus en place, est sensible à l'action de l'extrait de lobe antérieur de l'hypophyse. L'injection de cet extrait provoque un hyperfonctionnement ovarien. Cela a été vérifié par des expériences.

Chez des rates impubères, si l'on injecte de l'extrait d'antéhypophyse on produit l'apparition des caractères sexuels secondaires.

Ces expériences qui ont donné de bons résultats dans les cas où l'ovaire se trouvait en place, peuvent-elles être répétées avec le même succès dans ceux où l'ovaire est greffé sans ses connexions viscérales et vasculaires dans la zone génitale, type des greffes dans les grandes lèvres ?

C'est ce que M. le Dr Courriades, chef de clinique de M. le Pr J. Guyot a essayé de vérifier en faisant des essais chez des lapines et chez des femmes greffées à résultats imparfaits.

Il a pratiqué chez quatre femmes greffées rentrant dans la série des cas imparfaits, six injections intra-musculaires d'antéhypophyse. Il s'est servi du produit délivré par les Laboratoires Fournier, injectant tous les deux jours de petites doses d'antéhypophyse. Les deux premières fois un demi-centimètre cube et pour les autres injections, un centimètre cube.

Il a obtenu chez trois malades une amélioration nette, les bouffées de chaleur ayant disparu.

Voici les observations de M. Courriades :

Observation I

Mme F... (L), 23 ans.

Hystérectomie pour métréannexite. Greffes ovariennes selon la technique de Douay le 21 décembre 1932.

Dans les deux mois qui suivent l'intervention, la malade présente à l'époque qui correspond à ses anciennes règles et, pendant cinq jours, une poussée congestive de la greffe gauche, puis de la greffe droite. Cependant elle se plaint de bouffées de chaleur intenses l'empêchant même de dormir.

Nous pratiquons alors une série de six injections intra-musculaires extrait du lobe antérieur d'hypophyse des Laboratoires Fournier, répétées tous les deux jours à la dose de un demi-centimètre cube les deux premières fois, et de un centimètre cube au cours des dernières. A la quatrième piqûre, la malade accuse une amélioration notable, les bouffées de chaleur disparaissent à la sixième piqûre pour ne plus se reproduire.

Observation II

Mme P... (J), 35 ans.

Hystérectomie pour fibrome. Greffes selon le procédé du Professeur Guyot, le 3 janvier 1933.

Dans les deux mois qui suivent, même contraste que dans l'observation précédente, entre les poussées congestives mensuelles des greffes et les signes de leur insuffisance fonctionnelle (bouffées de chaleur, vertiges). Nous revoyons en avril cette malade se plaignant amèrement de son état.

Nous pratiquons une série de six injections intra-musculaires d'antéhypophyse Fournier qui entraîne dès la quatrième piqûre la disparition complète des bouffées de chaleur.

Observation III

Mme G... (L), 32 ans.

Hystérectomie le 17 mars 1933 pour métro-annexite. Greffes selon le procédé du Pr Guyot.

L'injection d'antéhypophyse nous a donné dans ce cas les mêmes résultats que dans les observations précédentes.

Nous avons revu ces derniers jours ces trois malades. Les bouffées de chaleur n'ont pas reparu, l'une d'elles a maigri de deux kilogs. Quant aux greffes, elles présentent chez deux d'entre elles des poussées congestives plus intenses qu'autrefois, tandis que chez la troisième elles semblent s'atrophier.

L'échec que nous avons subi avec ce traitement se rapporte à l'observation suivante :

Observation IV

Mme H....(M), 45 ans.

Hystérectomie pour fibrome utérin le 25 novembre 1932. Greffes selon le procédé du Pr J. Guyot.

Le 31 janvier cette malade vient à la consultation pour des bouffées de chaleur incessantes, des vertiges et une augmentation de poids rapide.

Ses greffes augmentant de volume à l'occasion des périodes menstruelles ne sont nullement atrophiées, et nous décidons de pratiquer sur elle une série d'injections d'antéhypophyse.

Malgré ce traitement l'intensité et la fréquence des bouffées de chaleur ne se modifient pas. Revue ces derniers jours, cette malade accuse les mêmes troubles, bien que ses greffons présentent mensuellement la poussée congestive habituelle.

M. Courriades a fait des expériences sur trois lapines, de façon à bien vérifier l'action stimulatrice de l'antéhypophyse sur la greffe.

Sur trois lapines impubères il a fait des greffes auto-plastiques. Un mois et demi après, il a pratiqué quatre injections intra musculaires d'antéhypophyse.

A l'autopsie des animaux, il a constaté :

1° Des greffons plus volumineux nettement reliés à un pédicule vasculaire de néo-formation.

2° Utérus doublés de volume, congestionnés et présentant dans leurs intérieurs un liquide opalescent épais ressemblant aux sécrétions de l'œstrus.

L'examen histologique a montré au niveau des ovaires des kystes folliculaires assez volumineux et de gros corps jaunes.

CONCLUSIONS

De toutes les observations publiées, il résulte qu'à l'heure actuelle, nous possédons un moyen capable, dans 80 % des cas, de pallier aux troubles de la ménopause opératoire. Troubles surtout caractérisés par les bouffées de chaleur.

Ce moyen consiste en des greffes auto-plastiques, greffes que l'on pratiquera dans l'intérieur des grandes lèvres selon la technique décrite par M. le professeur J. Guyot.

Ces greffes ovariennes, très faciles à faire, ne présentent aucun danger pour la femme. Elles demandent, pour manifester leur action, un certain laps de temps variant de un à trois mois.

Si elles présentent une action indéniable sur les bouffées de chaleur, elles semblent par contre rester sans action sur l'embonpoint, sur les troubles nerveux, sur la fatigue.

Dans 20 % des cas, les greffes ne semblent donner aucun résultat. Se basant sur les observations du docteur Courriades, on peut essayer de les réactiver par des injections intramusculaires d'extrait de lobe antérieur d'hypophyse, et par ce moyen, dans trois quarts des cas, on arrive à transformer les résultats imparfaits en résultats satisfaisants.

Au point de vue de leur action à distance, il est difficile de se faire une opinion, les observations que nous possédons ne dépassant guère plus d'une année. Il sera donc instructif de suivre ces malades et de voir ce qu'elles seront devenues en des temps plus éloignés.

Il aurait été très intéressant de voir, parallèlement aux résultats obtenus chez les malades greffées, ceux que l'on obtient chez les femmes hystérectomisées purement et sim-

plement. Malheureusement, le temps nous a manqué pour pouvoir faire cette comparaison.

Il est cependant fort possible de se faire une opinion. Il suffit pour cela de lire la thèse de Lasmoles (Bordeaux, 1927), thèse faite sous la direction de M. le professeur J. Guyot. L'on y verra que, sur trente-deux malades ménopausées chirurgicalement, la plupart présentent des troubles nombreux (bouffées de chaleur, tachycardie, essoufflements, céphalées, insomnies, troubles de la vue, douleurs abdominales, engraissement, influence sur les organes génitaux externes, etc.) certainement plus importants que chez les malades greffées.

En résumé, si les greffes ovariennes ne donnent pas encore à l'heure actuelle toutes les satisfactions possibles, elles sont néanmoins un excellent moyen pour le chirurgien de permettre aux hystérectomisées jeunes de passer la période douloureuse pour la femme de la ménopause.

Vu,
Le Doyen.
C. SIGALAS.

Vu, bon à imprimer :
Bordeaux, le 4 novembre 1933
Le Président,
J. GUYOT.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 7 novembre 1933
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- Achpise (A.). — *La greffe ovarienne et l'hystérectomie fundique* (Union médicale du Canada, LV, 1926, p. 30.)
- Aschner. — *L'état de la femme après l'extirpation de l'utérus* (Cent. Gyn. n° 31, 3 août 1929.)
- Bazu. — *A propos des greffes ovariennes* (Revue internationale de méd. et de chirurgie, 1921.)
- Bizon. — Thèse Paris 1932.
- Blucan, Champy et Keller. — *Recherches sur l'action des hormones ovariennes* (Société biologie, 25 juin 1927.)
- Blair Bell. — *Ovarien Grafting* (Surg. Gyn. and Obst., t. XLI, décembre 1925, n° 6, p. 706.)
— *Ovarian Grafting* (Brit. med. J. 1918.)
- Brouha (L) et Simonnet (H.). — *Effets de l'injection du liquide folliculaire chez les femelles impubères* (Société de biologie, 18 juillet 1925, p. 489.)
- Bulliard et Douay. — *Greffes ovariennes* (Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, 6 juillet 1931.)
- Carrel (A.). — *La technique opératoire des anastomoses vasculaires et la transplantation des viscères* (Lyon médical, 1902).
- Castillon et Sam Martino. — *La greffe de l'ovaire sur le rat mâle* (Société de biologie, 1932, p. 329.)
- Castillen. — *Comparaison de la greffe ovarienne chez les rats mâles et femelles* (Société de biologie, 1932, p. 331.)
- Champy (Ch) et Keller (Th). — *Contribution à l'étude des hormones sexuelles femelles* (Paris, 1928.)
- Correa de Costa. — *Un cas de greffe ovarienne* (Gynécologie et obstétrique, n° 11 novembre 1925.)
- Cotte. — *Les troubles fonctionnels de l'appareil génital féminin* (Paris, 1931).
- Courriades. — *Les greffes ovariennes* (Travail de la clinique gynécologique du Pr Guyot. Journal de médecine de Bordeaux, octobre 1933).
- Courrier. — *Rut expérimental chez l'animal femelle castrée et chez la femelle impubère* (Société de biologie, 1924.)
— *Les hormones ovariennes* (Revue française d'endocrinologie, 1925.)

- Dartigues.** — *La greffe de revitalisation humaine* (Paris, 1922.)
 — *Technique opératoire nouvelle de la greffe ovarienne chez la femme* (Société des chirurgiens de Paris. *Paris chirurgical*, mars, 1928.)
- Delageniere.** — *In thèse Kermarrec* (Paris, 1901).
- Dessus (G.).** — *Contribution à l'étude des greffes ovariennes* (Thèse Paris, 1927.)
- Douay (E.).** — *Greffes ovariennes* (*Gazette médicale de France*, 1^{er} mars 1932.)
- Dudley Palmer.** — *Intrauterine implantation of the ovary* (C. R. Congrès périodique international de gynécologie et d'obstétrique, 1899.)
 — *Opérations conservatrices sur l'ovaire, greffes ovariennes* (*Presse médicale*, 1900.)
- Estres (W. L.).** — *Implantation of an ovary* (*Ann. Surgery*, LXXXI 1925, p. 475.)
 — *Implantation of an ovary* (*Transact. Amer. Surgery association*, XLIII, 1925, p. 661.)
- Foa.** — *Sur la greffe des ovaires* (*Archives italiennes de biologie* 1901.)
- Foster (G. S.).** — *Ovarien graft; an analysis of 50 cases* (*American Journal Surgery*, XXXIX, 1925, p. 197.)
 — *Grafts in uterus* (*American Journal Surgery*, novembre, 1930.)
- Gambarow (G.).** — *Greffes homoplastiques* (*Gynécologie et obstétrique*, décembre, 1929.)
- Guyenot (E.), Batschi (W.) et Ponse (K.).** — *Antogonisme sexuel et féminisation spontanée des cobayes mâles entiers par greffes d'ovaires* (C. R. société de biologie, séance du 9 juillet 1932.)
- Guyot (J.).** — *Traitement de la ménopause opératoire par les greffes ovariennes* (Congrès de gynécologie, Paris, 1933.)
 — *In thèse Lasmole* (Bordeaux, 1927.)
- Haenens.** — *Un cas de greffe ovarienne du cynocephale à la femme* (*Le Scalpel*, 10 juillet 1926.)
- Hartmann.** — *Greffes ovariennes* (*Bul. et mém. soc. chir.*, Paris, 1911.)
 — *L'implantation de l'ovaire dans l'utérus* (*Gynécologie et obstétrique*, novembre 1925, p. 38.)
- Herlitzka.** — *Quelques remarques à propos de la transplantation des ovaires* (*Archives italiennes de biologie*, 1900.)
- Jacobos.** — *L'abandon des ovaires et la greffe ovarienne dans l'insuffisance ovarienne* (*Progrès médical belge*, 1912.)
- Jeanneney (G.).** — *L'hyperthyroïdisme de la ménopause* (*Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, janvier, 1933.)
 — *Sur un critère de vitalité des greffons ovariens* (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, avril 1933.)
- Jeanselme et Touraine.** — *Troubles psychiques après la castration de la femme* (*Journal de méd. de Paris*, 1910.)

- Katsch.** — *Lésions anatomo-pathologiques de l'ovaire transplanté* (Thèse de Dörpat, 1901.)
- Kermarrec.** — *Contribution à l'étude des greffes de l'ovaire, greffes péritonéales et intra-organiques* (Thèse de Paris, 1901.)
- Labusquière.** — *Greffes ovariennes; usages thérapeutiques du suc ovarien* (Ann. de gynécologie et d'obstétrique, 1898.)
- Latis Bey.** — *Greffes ovariennes de la guenon à la femme* (Bruxelles Médical, juin, 1927.)
- Limon.** — *Note sur la transplantation de l'ovaire* (Société de biologie, 1904.)
- Lipschutz.** — *Influence de l'âge sur la fonction endocrine de la greffe ovarienne* (Société de biologie, 1925.)
- Martin (F. H.).** — *Greffes ovariennes* (Annales de gynécologie et d'obstétrique, 1916.)
- Maclaure.** — *Auto-greffes sous cutanées des ovaires après salpingo-ovariectomie* (Ann. de Gynécologie et d'obstétrique, 1916.)
- *Les greffes ovariennes avec ou sans anastomoses vasculaires chez la femme* (Archives générales de chirurgie, 1908.)
- *A propos des greffes ovariennes* (Société chirurgicale de Paris, 1909.)
- *Sur les greffes ovariennes* (Presse médicale, 1911.)
- *Auto-greffes et homo-greffes ovariennes dans le bord inférieur de l'épiploon* (Annales de gynécologie et d'obstétrique, 1917.)
- *Les greffes chirurgicales* (Paris, 1922.)
- *Examen histologique d'un ovaire greffé autoplastiquement dans l'épiploon depuis huit ans* (Soc. anat. de Paris, 1922.)
- Montprofit.** — *Greffes de l'ovaire* (Archives de chirurgie de Paris, 1901.)
- Moreau.** — *Essai de traitement de l'insuffisance ovarienne par les greffes* (Thèse de Paris, 1904.)
- Morris.** — *The ovarian graft* (N. Y. M. J., 1895.)
- *Note on ovarian grafting* (Med. rec. N. Y., 1901.)
- Petit (R.).** — *Conservation et transplantation dans l'utérus d'un fragment d'ovaire après hystérectomie pour supuration* ((Société de chirurgie, 1922.)
- Pettinari (V.).** — *Grefte ovarienne et action endocrine de l'ovaire* (Doin, Paris, 1928.)
- *Grefte ovarienne chez les mammifères* (Société de biologie, 1925.)
- Quenu (E.) et Sauve.** — *Un cas de contrôle histologique d'une greffe ovarienne humaine* (Soc. chir., 1909.)
- Rheume (Z.).** — *Résultats éloignés de la greffe ovarienne* (Union médicale du Canada, 1925.)
- Robineau.** — *Sur la transplantation dans l'utérus d'un fragment d'ovaire* (Société chirurgicale de Paris, 1922.)
- Rouville (De).** — *Considérations sur quelques observations de greffes ovariennes* (Soc. Obs., 1914).

- Sauve.** — *Les greffes ovariennes envisagées au point de vue de la pratique chirurgicale* (Thèse de Paris, 1909.)
- *Notes sur les greffes ovariennes expérimentales* (Soc. anat. de Paris, 1909.)
- *Les greffes ovariennes* (Annales de gynécologie et d'obstétrique 1910.)
- Scheurer.** — *La greffe ovarienne* (Thèse de Paris, 1910.)
- Schickele.** — *Etude de la fonction des ovaires* (Gynécologie et obstétrique, 1921-1922.)
- Serdukoff.** — *La transplantation des ovaires* (Progrès médical, 1930.)
- Tuffier.** — *Grefe ovarienne et menstruation* (Société chirurgicale de Paris, 1909.)
- *A propos des greffes ovariennes* (Société chirurgicale de Paris, 1911.)
- *Les greffes ovariennes humaines* (Journal de chirurgie de Paris, 1913.)
- Tuffier et Bour.** — *Greffes ovariennes; résultats expérimentaux et cliniques concernant la menstruation, la fécondation et la grossesse* (Presse médicale, 1925.)
- Tuffier et Mauté.** — *Les accidents de la ménopause chirurgicale* (Presse médicale, 1912.)
- Tussau.** — *L'ovario-grefe* (Thèse de Lyon, 1913.)
- Triklice.** — *Insuffisance ovarienne et greffe ovarienne. Essai de thérapeutique expérimentale* (Thèse de Paris, 1906.)
- Voronoff.** — *Greffes ovariennes* (25^e congrès français de chirurgie, Paris, 1912.)
- Zaher.** — *Contribution à l'étude des greffes ovariennes* (Thèse de Montpellier, 1913.)
-

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos.....	13
Introduction	14
Historique	15
Utilité, indications et contre-indications des greffes.....	24
Technique du Dr Douay. Ses résultats	27
Observations	33
Etudes des résultats.....	49
Conclusions	56
Bibliographie	58

